

[Damiano Migliorini](#)

Eutanasia: dalle aporie al metodo pragmatico dell'etica combinatoria

- 1. [Introduzione](#)
- 2. [L'aporia filosofico-metodologica, la proposta di Reichlin e la soluzione pragmatica](#)
- 3. [La soluzione combinatoria all'aporia filosofico-metodologica](#)
- 4. [Gli stati vegetativi permanenti](#)
- 5. [Eutanasia attiva?](#)
- 6. [L'aporia deontologica e possibile soluzione](#)
- 7. [L'aporia legislativa e possibile soluzione – Reichlin, Kamisar e D'Agostino](#)
- 8. [L'aporia religiosa: alcune suggestioni, in chiusura](#)
- [Bibliografia](#)

1. Introduzione

Addentrandosi nelle problematiche etiche legate all'eutanasia ci si rende conto che, purtroppo, nel dibattito culturale la complessità del tema viene spesso ridotta a semplici espressioni («pro\contro l'eutanasia») che appaiono fuorvianti se non specificate da termini come 'attiva', 'passiva', 'volontaria', 'non-volontaria', e le loro combinazioni. Inoltre, a rigore, si potrebbe ritenere lecita, ad esempio, l'eutanasia volontaria passiva (un buon grado di specificazione terminologica), ma si dovrebbero comunque prendere in esame i casi clinici a cui essa si applica. Le varie combinazioni dei termini, infatti, individuano casi specifici che vanno valutati, sfumature che vanno colte, distinzioni che vanno fatte. Come conciliare, dunque, particolarità e norma universale in un *metodo* condiviso? Possono un *metodo*, un'accurata specificazione terminologica e individuazione dei principi, consentirci di avvicinare posizioni molto lontane tra loro? L'obiettivo del presente contributo ha a che fare con queste domande.

Dalla consapevolezza della complessità terminologica e clinica – a cui si somma il riaccendersi del dibattito pubblico su questo tema – nasce la necessità d'ipotizzare un nuovo *metodo*, all'interno del quale poter inserire delle conoscenze *in evoluzione* e magari i futuri contributi di altri esperti. La prospettiva di fondo in cui ci si vuole inserire, è quella di non considerare la richiesta di legalizzazione dell'eutanasia come il sintomo di una decadenza culturale. Non è questo ciò che emerge dai testi, neppure quelli più apertamente in favore dell'eutanasia in molte sue forme. Oggi, fortunatamente, l'eutanasia si è allontanata dall'eugenetica – alla quale era strettamente associata nel secolo scorso¹ – e questo ci consente una sua valutazione più serena e meno condizionata da spettri del passato, i quali, se vanno considerati e condannati come la strada da non percorrere, non ci

devono impedire di affrontare con diligenza tutte le possibili conseguenze di un'argomentazione ragionevole.

Alcune richieste di eutanasia, infatti, se analizzate senza pregiudizi, non sono che la risposta naturale alla lunga evoluzione tecnica della medicina. Come giustamente si sottolinea da più parti², oggi la morte può essere procrastinata a lungo, mantenendo in vita artificialmente le persone con mezzi invasivi. Di fronte a questo progresso – che da un lato fa emergere le capacità umane di opporsi alle malattie e di dedicarsi ai fratelli, ma dall'altro presenta numerosi problemi di liceità – è naturale che siano sorti dei movimenti di rifiuto dell'accanimento e della difesa della vita a tutti i costi ('ostinazione vitalistica'). Sono state le nuove capacità tecniche – e le condizioni inedite di esistenza a cui davano esito – quindi, a richiedere una sorta di 'bilanciamento'. L'uomo della post-modernità si è sentito invaso dalla tecnica e chiede di essere rispettato come uomo anche nel momento della morte. Chiede il rispetto che si deve ad una persona che la tecnica non può soggiogare al suo 'poter fare'. Vista in questo senso, e limitata a particolarissimi casi (come vedremo), l'eutanasia può essere intesa come una nuova forma di umanizzazione della medicina, alla quale si chiede un "alt" laddove leda la persona nella sua natura essenziale. Tuttavia, bisognerà individuare i casi in cui l'eutanasia non rientri nella «logica della rimozione», oggi molto discussa³.

L'eutanasia pone dunque dei rilevanti dilemmi morali, che in questo contributo riprenderemo. In apertura, però, possiamo notare che la complessità e la problematicità morale dell'eutanasia è data proprio dal fatto che essa si presenta come un concetto che dà luogo ad alcune *aporie* di difficile soluzione. Proveremo a descriverle – seguendo il pensiero di alcuni autori – e fornire qualche provvisoria soluzione. Non saranno pochi i problemi che rimarranno aperti, ma questo rispecchia il carattere originario di questo scritto, che vuole essere un cantiere aperto su cui costruire qualcosa di nuovo assieme ad altri. Si segnaleranno i punti in cui l'argomentazione richiede approfondimenti ulteriori, o quelli controversi che la potrebbero indebolire. Essendo un contributo attento principalmente al *metodo*, si comprenderà perché esso sia in grado di integrare anche dei momenti di apofasi (in termini di contenuti).

Essendo prevalentemente concentrato sul metodo, non è fondamentale che si sia d'accordo sul alcune conclusioni di merito, cioè su ciò che, a fine ragionamento, si considera lecito o non-lecito. Il *metodo*, come già sostenuto, è un contenitore per contenuti in *evoluzione*, ed anche la formulazione *storica* (che non implica relativismo, come vedremo) di nuovi principi può – almeno idealmente – comportare una revisione della 'casistica lecita' o meno.

Si noterà inoltre che il contributo, pur essendo di taglio filosofico, si pone in dialogo diretto con la dottrina morale della Chiesa Cattolica; questo avviene per due motivi: (1) il primo è che essa è ritenuta comunemente la "controparte" di ogni tentativo di apertura su questa tematica (anche se, oggi, con un approccio meno intransigente); (2) il secondo parte dalla convinzione che la sua dottrina morale sia autorevole – nonché teoreticamente solida – e quindi si configuri *naturaliter* come il 'soggetto altro' con cui entrare in dialogo per cercare delle posizioni comuni ragionevoli.

Sarebbe del resto piuttosto semplificatorio ritenere che le critiche da secoli rivolte alla dottrina della *legge morale naturale* (Lmn) – su cui la dottrina cattolica oggi si basa – ne abbiano determinato l'estinzione⁴. In realtà, il *revival* della *new natural law theory* mostra che essa, forse, più che abbandonata, necessita di essere interpretata in modo nuovo, superando il biologismo, l'essenzialismo e un teologismo ingenuo che spesso hanno portato a un suo irrigidimento. La Lmn afferma l'esistenza di beni verso cui l'uomo ha una naturale inclinazione (indicatrice di un valore presente nell'essere a cui tendere): ecco allora che si spiega, almeno in parte, l'ultimo paragrafo, di tipo ermeneutico, dove ci si

chiede quale interpretazione è possibile fornire alla morte, in ottica religiosa. Il senso della morte può essere determinante per sviluppare un'etica condivisa che interpreti il 'passaggio' come un bene in certe circostanze.

E sarebbe anche piuttosto miope ritenere che una discussione che abbia per interlocutore la chiesa sia perciò stesso settoriale, o possa interessare solo coloro che si riconoscono in essa. La chiesa è parte della società, è espressione di una confessione maggioritaria e interprete – almeno a suo dire – di un messaggio condivisibile da chiunque si cimenti nell'argomentazione etica razionale. Assumerla come 'interlocutrice ideale' (come rappresentante di uno dei mondi culturali in campo) è quindi almeno sensato, e creare un dialogo è indispensabile: se il *metodo* si mostrasse capace di avvicinare posizioni molto lontane, avrebbe già una sua fecondità.

A livello terminologico, nel presente contributo, si faranno le seguenti distinzioni:

In riferimento alla modalità si distingue tra: 1. *eutanasia attiva* (o positiva: utilizzo di farmaci letali); 2. *eutanasia passiva* (negativa: sospensione dei farmaci o astensione dal compiere degli interventi); 3. *distanasia* (coincide, in parte, con l'accanimento terapeutico).

In riferimento all'intenzionalità si distingue tra: 1. *eutanasia attiva diretta*: uccisione mirata allo scopo di abbreviare le sofferenze; 2. *eutanasia attiva indiretta*: quando vengono impiegati mezzi che possono avere come effetto collaterale quello di abbreviare la vita; 3. *eutanasia passiva diretta*: la morte è conseguenza di un decorso naturale di eventi posto in essere da colui che sospende le cure (si potrebbe considerare come una forma attiva); 4. *eutanasia passiva indiretta*: è la forma passiva propriamente detta, in cui il medico non intraprende terapie. Queste ultime due distinzioni cercano di cogliere la differenza – in questo lavoro non analizzata per questioni di spazio – tra sospensione delle cure e non-attivazione delle stesse.

In riferimento alla volontà del malato si distingue tra: 1. *eutanasia volontaria*: chiesta dal malato stesso, che intende liberarsi della sofferenza fisica; 2. *eutanasia non-volontaria*: quella praticata su malati che non sono in grado di esprimere la propria volontà; 3. *eutanasia involontaria*: quando essa viene attuata contro la volontà del malato (è l'omicidio propriamente detto).

2. L'aporia filosofico-metodologica, la proposta di Reichlin e la soluzione pragmatica

Il problema etico fondamentale legato all'eutanasia è già insito nel termine stesso, e sta nel definire quando la morte – eterno mistero dell'umano⁵ – intesa solitamente come un male ontologico e morale, può essere considerata “buona”, cioè *quando* e *se* è pensabile come il mezzo – non il fine – adeguato per promuovere il bene integrale della persona-paziente. Secondo Rachels⁶, ad esempio, qualora si sia deciso che una vita non è più *degn*a, non vi sono più buone ragioni per opporsi all'eutanasia. È possibile decidere, tuttavia, quando una vita non è più degna? A chi spetta farlo? Già in prima battuta, le alternative possibili sembrano essere sostanzialmente due: (a) esistono dei criteri *oggettivi*, definibili per via teorica, indispensabili per evitare soppressioni ingiustificate; (b) è il paziente (o il medico) a definire quando la sua vita è sopprimibile, attraverso una considerazione di tipo sapienziale.

Com'è noto, la prospettiva *liberale* tende a enfatizzare la seconda alternativa, mentre quella tradizionale la prima. In quest'ultima rientra la teoria della *sacralità della vita*, la quale afferma che la vita, quando c'è, è sempre degna, salvo ammettere che in alcuni casi possa essere sacrificata per dei beni superiori. Rientra nel caso (a) anche la posizione di Reichlin⁷, il quale subordina la questione della dignità alla definizione oggettiva

di *persona*, pur ammettendo che essa possa decidere se una condizione di vita è per lei insopportabile.

Leggendo i testi di Rachels e Reichlin, emerge che il primo pone l'attenzione su ciò che è meglio per il paziente, mentre il secondo su ciò che è meglio per la persona. È una distinzione fondamentale. Reichlin, infatti, tenta di definire oggettivamente in cosa consista la dignità della persona – cioè in cosa una persona consista – e questo diventa, nel suo sistema di pensiero, un punto fermo insormontabile nella deduzione di ciò che alla persona e al paziente si addice o meno. Se si considera l'individuo non solo come un *paziente*, concentrandosi solo sulla sua malattia, ma se il paziente è prima di tutto *persona*, ci si accorge che non è possibile fermarsi al benessere che un'azione può portargli in ordine alla sua malattia: è necessario chiedersi quale beneficio sia richiesto dalla persona nel suo complesso. E tale beneficio non potrà mai contraddire la dignità della persona stessa, su cui si fonda e a cui è subordinato. La distinzione, quindi, non si basa sulla negazione della necessità di guardare al *beneficio* della persona – presente in entrambi gli autori – bensì sta nella subordinazione di tale beneficio a qualcosa di antecedente ad esso: la dignità della persona.

Per Reichlin, la vita è degna di essere vissuta in quanto è la vita di un essere personale, e la dignità non si predica propriamente della vita, ma della persona. La persona è presente quando vi è un agente razionale che attribuisce valore alla propria capacità di proporsi dei fini; pertanto, il rispetto per la capacità di vivere come un agente razionale è il fondamento di ogni precetto morale, rispetto al quale prende significato ogni valore condizionato⁸.

In una prospettiva *personalista* di ispirazione tomista come quella di Sgreccia, la persona è innanzitutto corpo spiritualizzato, uno spirito incarnato che vale per quello che è, e non soltanto per quello che *fa*. In questa tradizione filosofica l'intelligenza umana viene rispettata nella sua capacità di raggiungere la verità e viene difesa nella sua autonomia⁹. La radice di questa impostazione, come di quella kantiana, risale ai principi ispiratori del cristianesimo stesso, il quale ha inserito, nella storia del pensiero occidentale, la stessa nozione di 'persona' intesa come essere sussistente, cosciente, libero e responsabile¹⁰. Su questa base, il rapporto anima-corpo è poi stato argomentato in modo efficace da san Tommaso, che ha proposto di intendere l'anima come *forma sostanziale del corpo*: il corpo è umano perché animato da un'anima spirituale, è quello che è perché riceve la compaginazione ontologica di umanità dal principio spirituale¹¹. Nella prospettiva personalistica, quindi, il corpo ha vari significati: è incarnazione spazio-temporale, differenziazione individuale, espressione e cultura, relazione con il mondo e con la società. Così la persona-corpo spiritualizzato, *in quanto capacità di autocoscienza e autodeterminazione, supera per novità, livello ontologico e valore, il mondo materiale*¹², da cui deriva la sua insopprimibile dignità.

La tesi di Reichlin converge su questa impostazione, sebbene ritenga lecito il suicidio¹³ qualora sia l'unica possibilità per non compromettere radicalmente la stessa dignità personale. La situazione in cui essa viene meno – cioè non vi è la possibilità di agire come un essere razionale – è per Reichlin soltanto quella del *dolore insopportabile*; una situazione nella quale «il dolore e l'ansia sono tali da assorbire in sé l'intero contenuto dell'esperienza del paziente, e tutta la sua vita cosciente si esaurisce in essi»¹⁴. Vedremo che questa assunzione sarà determinante: la dignità che va accordata alla persona come agente razionale limita i casi di eutanasia alla sola situazione in cui i dolori fisici non rendano la persona capace di esprimersi come tale.

L'analisi delle varie posizioni – utilitaristica, liberale, tradizionale, intuizionistica, deontologica e consequenzialista – presentata da questo autore, è esaustiva. Ciò che Reichlin ci mostra è che ciascuno di questi approcci “cade” in almeno un punto, o non riesce a rendere conto della realtà. Non è mia intenzione ripercorrere tutta la sua analisi,

perché ne risulterebbe una copia grossolana. Assumendo però la prospettiva di Reichlin come la più solida, ciò che mi propongo di fare è una piccola precisazione.

Una volta escluso che un dolore di tipo psicologico possa giustificare la soppressione di una persona – il riferimento alla sofferenza psicologica ci porterebbe in un territorio dai confini estremamente vaghi e controversi¹⁵ – Reichlin sostiene che il dolore fisico insopportabile debba essere presente affinché sia lecito chiedere di morire, ma che il “via libera” dovrebbe sempre essere dato dal paziente. A questa conclusione, che ritengo corretta, aggiungerei come rinforzo la considerazione che affidare a qualcun altro, qualsiasi altro, la facoltà di decidere, al posto della persona stessa, i criteri della qualità della vita, sarebbe alquanto pericoloso. Il rischio è che la vita di una categoria di persone diventi più o meno importante a seconda della fase culturale in cui si iscrive. Non sono discorsi di mera probabilità: è già un fatto che oggi si pratichino aborti selettivi nei confronti dei bambini handicappati, nel nome di una qualità della vita che si pensa non potrebbero possedere. Chi siamo noi per dire che la loro vita non merita di essere vissuta? Questo è un potere che l'essere umano non ha il diritto di acquisire. Solo con l'esplicita dichiarazione della persona (avvenuta con accertamenti rigorosi) e in particolari casi oggettivi, una vita può essere definita 'non-qualitativamente-degna'. Nel caso di feti, persone dementi, persone in stato vegetativo senza dichiarazioni anticipate, quindi, non si può far valere nessuna definizione di vita 'qualitativamente degna'. Delle dichiarazioni anticipate torneremo a parlare tra poco.

Di fondo, non sembra esserci la possibilità di definire oggettivamente quando una vita abbia una “qualità” sufficiente per essere vissuta. Però ritengo che vi siano dei casi, particolari e limitatissimi, in cui vi possa essere la ragionevole certezza che quella vita è insopportabile, e l'accanirsi nel suo prolungamento possa costituire una *tortura*. Sono i rari casi, già richiamati, del *paziente in fase terminale affetto da dolori atroci* o costretto a una terapia invasiva insopportabile.

Il nodo irrisolto sta nel definire se la dignità della persona sia legata al possesso (attuale) delle capacità razionali; è un'operazione necessaria per poter tutelare gli individui che sembrano non possederle, come i feti, le persone in stato vegetativo, o i dementi. Nel costruire una posizione che si allontani dall'ontologia morale attualistica¹⁶, Reichlin richiama l'argomentazione – classica in ambito cattolico – secondo cui tali soggetti hanno tali capacità *in potenza*, o le hanno possedute in precedenza, e questo dovrebbe portarci a concludere che essi appartengono alla specie umana e come tali vadano tutelati. Essi non soffrono per la loro condizione (o perlomeno non abbiamo noi gli strumenti per definirlo) e quindi non possono essere soppressi.

La conclusione di Reichlin è che «la dignità morale, che generalmente indichiamo con l'attribuzione della qualità di 'persona', si predichi del concreto soggetto umano, in quanto essere dotato di caratteristiche biologiche che gli consentono, quando abbia raggiunto un determinato stadio di sviluppo e non sia impedito dalla presenza di patologie, di esercitare certe funzioni peculiari di ordine superiore [...]. Si dovrà dire che la dignità morale permane da quando e fino a quando è presente il singolo essere concreto (dal concepimento alla morte cerebrale). In questa prospettiva l'eventuale liceità dell'eutanasia dipenderà dalla liceità, per l'individuo, di disporre liberamente della propria vita, e non dal fatto che qualcun altro dichiari tale individuo “non persona” o la sua vita “indegna di essere vissuta”»¹⁷.

Queste affermazioni ci inducono a pensare che la proposta di Reichlin sia quella di basare il rispetto del paziente non sul fatto che esso sia una persona, ma sul fatto che esso sia un «individuo appartenente alla specie umana» con determinate caratteristiche solo in potenza. A livello biologico, tale potenzialità è racchiusa nel Dna, il quale a sua volta è uno dei criteri più basilari per definire un individuo come umano. Da questo punto di vista,

l'embrione, il feto, l'adolescente, l'adulto, l'anziano, il malato terminale, la persona in stato vegetativo permanente, la persona demente etc., appartengono alla specie umana e come tali vanno rispettati perché in essi vi è – almeno in potenza – la possibilità di sviluppare (o hanno sviluppato in passato, quindi fanno parte della loro identità) le funzioni di ordine superiore. Poiché ciascuno di essi, se non fosse per delle disfunzioni accidentali, sarebbe in grado di sviluppare le caratteristiche che fanno dell'uomo un animale superiore degno di rispetto. Il principio, formalizzando la posizione di Reichlin, potrebbe essere il seguente:

(A) Quando siamo in presenza di un essere umano – un essere biologico unico che condivide lo stesso Dna degli altri esseri umani e che, se non subisse alterazioni, svilupperebbe la capacità di vivere come un agente razionale – egli è l'incondizionato, la cui dignità ci impone di non disporre della sua vita.

Possiamo dunque chiederci: questa definizione ci conduce alla *teoria della sacralità della vita*, nella quale nessuno ha diritto a lasciarsi morire, neppure nei casi più strazianti? Il passaggio logico non sembra inevitabile. Il caso in cui l'individuo si trovi soggetto a sofferenze atroci può costituire comunque una situazione in cui l'eutanasia passiva è lecita¹⁸. Non perché non vi siano più in lui le facoltà razionali, ma semplicemente perché la sua vita è ormai completamente pervasa dal dolore. Tuttavia, un punto debole dell'argomentazione di Reichlin sta proprio qui: in che senso il dolore "assorbe completamente" le facoltà superiori? Nel senso che non vi sono più? Reichlin sembra ritenere che il dolore in qualche modo diventi l'unico oggetto d'attenzione delle facoltà superiori, le quali, quindi, non possono più svolgere la loro funzione. In questo caso il paziente potrebbe richiedere la sua soppressione. Se invece è incosciente, il medico può astenersi dal prolungare le cure e può sottoporlo alle cure palliative finanche alla sedazione terminale.

Ma questo contraddice palesemente il principio (A): anche se le facoltà superiori non sono più presenti, o non sono più funzionanti, siamo comunque in presenza di un individuo umano, che come tale *andrebbe* rispettato, stando alle considerazioni di Reichlin. In realtà sembra possibile affermare che, per quanto basata su un principio personalistico, la posizione di Reichlin si avvicini ad una considerazione utilitaristica: il paziente può essere lasciato morire non perché non è più persona, ma perché è in fase terminale e sta soffrendo dolori atroci e inevitabili.

La sua posizione non è però scorretta nelle conclusioni. Semplicemente essa torna a quel sentire comune che vede nel dolore insensato, continuo e inevitabile, una tortura a cui nessun uomo può essere sottoposto. Il problema di fondo, allora, può essere così formulato: esiste un modo per giustificare questo 'sentire comune' che ipotizza una *situazione d'eccezione* rispetto alla generale illiceità dell'eutanasia? Probabilmente non ve n'è uno di conclusivo. L'unico principio giustificatore – in questo caso antropologico – che possiamo affiancare al principio (A) per dare ragione dell'eccezione, ipotizzo sia la seguente massima:

(B) Nessun essere vivente esiste o è creato *solo* per soffrire.

Avere questa consapevolezza ci consente di giustificare le eccezioni che abbiamo visto. Solo in quei casi, infatti, la persona vive in uno stato di dolore continuo. Il principio (B) non intende sostenere che le sofferenze rendono meno degna la vita della persona. Esso però prende in esame quelle situazioni estreme in cui la sofferenza fisica sia continua e grave, e ci dice che delle vite del genere vanno contro la vita stessa, la quale non esiste solo per la sofferenza, anche se essa può costituirne una sua parte. A tale principio non sarebbe inopportuno affiancarne un altro, deducibile da alcuni documenti di matrice cattolica e dalla sua terminologia specifica in ambito morale:

(B.) Tutto ciò che si configura come una tortura è un atto intrinsecamente malvagio¹⁹.

Ci sono casi paradossali, quindi, in cui la difesa ad oltranza di una vita completamente segnata dalla sofferenza (una tortura, appunto), rischia di portare i soggetti a violare un principio assoluto come (B_i), perpetrando un atto di tortura immorale (nei propri confronti e nei confronti di terzi), andando a ledere una dignità che si vorrebbe invece tutelare. Certo, in (B_i) l'idea di tortura è intesa in senso ampio: l'intenzione di provocare un dolore alla persona non c'è, e tuttavia non vi è neppure la volontà – nella condizione di poterlo fare – di ridurre la sofferenza laddove essa sia elevata e in uno stato terminale. In questo senso, si preferisce *mantenere* la persona in uno stato che si configura per lei come un'insensata tortura, e in questo senso si agisce intenzionalmente in favore della tortura stessa.

Le eccezioni viste hanno come unico filo conduttore, quindi, il fatto che la vita del soggetto in questione risulta insopportabile, non a causa di sofferenze psicologiche, ma a causa di agenti fisici costanti (dolori atroci o cure invasive) che possono essere individuati con un certo grado di oggettività. Alla base di tale individuazione, però, resta in ultima analisi l'accortezza del medico e del paziente. *Quest'approccio pragmatico in cui si sommano il principio (A), il principio (B_i) e il rispetto dell'autonomia, e che pur riconosce di non poter garantire sempre l'"accortezza", sembra essere l'unico in grado di garantire una sostanziale oggettività e allo stesso tempo una certa libertà decisionale al paziente e al medico.* Questo sembrerebbe essere l'unico modo "pratico" di uscire da un'aporia teoretica ad oggi inevasa. Pur riconoscendo il valore incondizionato della persona e la sua dignità, si riconosce che vi possono essere situazioni esistenziali il cui prolungamento viola proprio questa dignità. Il termine *pragmatico* è qui usato in senso non tecnico. Esso vuole esprimere una posizione intermedia tra un'etica della situazione e una posizione assolutista delle legge morale, evidenziando, da un lato, la necessità di principi universali, dall'altro la progressione nella loro conoscenza, l'esistenza e scoperta di principi intermedi e quindi la dimensione di *saggezza* che – posta l'esistenza di principi universali e di casistiche generali – è inevitabile nell'agire medico. Una posizione di equilibrio, dunque, tra essenzialismo e antiessenzialismo (quest'ultimo più marcatamente difeso dal pragmatismo classico)[20](#).

In questo approccio 'pragmatico', restano tutelati i soggetti "non-razionali" già elencati: non essendo affetti da dolori insopportabili, non vi è ragione alcuna per sopprimerli. Caso a parte sono gli stati vegetativi in cui vi sia una dichiarazione anticipata, ma ne parleremo in seguito. A questi casi si potrebbero aggiungere quelli di persone mantenute in vita attraverso terapie molto invasive. In questo caso dovrà essere il paziente, in accordo con il medico, a dover definire quando le cure sono di questo tipo. Sul diritto del paziente di sottrarsi a cure sproporzionate vi è del resto unanimità di vedute tra gli specialisti di bioetica, anche se si riconosce la necessità di un'integrazione fra dati oggettivi e dati soggettivi nella definizione della straordinarietà[21](#). La *soluzione pragmatica*, quindi, pur affermando che nessuno può essere privato della propria vita senza il suo consenso, ritiene comunque possibile: (a) sospendere le cure ad un paziente non cosciente in fase terminale con dolori atroci (presumibili); (b) sospendere le cure su richiesta esplicita di un paziente cosciente in fase terminale con dolori atroci; (c) sospendere le cure su richiesta esplicita di un paziente cosciente sostenuto da terapie invasive previa valutazione del medico in accordo con un'equipe; (d) sospendere le cure su richiesta anticipata (verificata l'autenticità e stabilità del desiderio) di un paziente non cosciente sostenuto da terapie invasive previa valutazione del medico in accordo con un'equipe.

Riguardo all'ultimo punto, non sono da sottovalutare, in una discussione etica complessiva, le problematiche relative alle dichiarazioni anticipate, per esempio quella dell'attualità della richiesta di eutanasia (oltre alla sua autenticità) da parte di un paziente non più consapevole al momento dell'eventuale intervento eutanasico. Essendo una questione complessa che qui non possiamo ripercorrere, rimandiamo all'equilibrata

posizione del Comitato Nazionale di Bioetica, il quale, nel ritenere possibile la loro introduzione per via legislativa, delinea alcuni criteri per considerarle attendibili e risolvere alcune delle aporie²² che si generano nel tentativo di definirle. Il documento del Comitato è un esempio emblematico della difficoltà di innestare dei nuovi principi – o delle nuove consapevolezze etiche (come la necessità di valorizzare l'autodeterminazione del paziente) – all'interno di una gerarchia di valori tradizionale che non si intende mettere in discussione, ma che richiede un aggiornamento. Da questo punto di vista, il documento del Comitato stesso è un buon esempio di soluzione pragmatica e combinatoria (che sarà ripresa nel prossimo paragrafo), poiché, preso atto di alcune aporie, instaura un buon equilibrio laddove permarrebbe altrimenti un conflitto di principi²³.

La questione dell'equipe medica la affronteremo in seguito. In linea di principio, quindi, la posizione pragmatica si fonda su tre principi: (I) l'individuo umano va sempre tutelato, e non può essere arbitrariamente soppresso in qualsiasi stadio della sua esistenza; (II) nessuno può decidere della qualità della vita di un altro individuo, salvo nei casi di oggettivi dolori atroci non eliminabili e di fase terminale; (III) supponendo risolte le problematiche etiche legate alle dichiarazioni anticipate, è necessario che per la sospensione delle cure vi sia l'autorizzazione del paziente, tranne nel caso in cui egli non sia cosciente, in fase terminale e affetto da dolori atroci.

Evidentemente, come già ricordato nell'introduzione, vi sono delle debolezze argomentative: (1) sarebbe necessario definire quando un dolore atroce non è sedabile in modo soddisfacente; (2) la nozione di *torturarischia* di essere ambigua²⁴; (3) rispetto alle dichiarazioni anticipate, è necessario stabilire quando gli accertamenti sulla volontà della persona sono rigorosi. Nel prosieguo dovremo assumere che per ciascuna di queste difficoltà teoriche e pratiche (alcune sono questioni cliniche sulle quali l'ultima parola spetta ai medici professionisti) *si possa* trovare una soluzione ragionevole e condivisibile. Come vedremo, queste apofasi contenutistiche non inficiano del tutto il *metodo* che intendiamo impostare e proporre alla discussione.

3. La soluzione combinatoria all'aporia filosofico-metodologica

La liceità dell'eutanasia sembra, quindi, legata alla combinazione di principi teoretici e condizioni pratiche. I casi concreti, cioè, a volte consentono l'applicazione dei principi teoretici in modo chiaro e inequivocabile, altre volte invece presentano delle condizioni che fanno sì che il caso si trasformi in un'eccezione al principio e vada a ricadere all'interno di un altro principio. Se anche accettassimo senza riserve che la nostra vita è indisponibile, per esempio, dovremmo comunque capire se, in alcuni casi, entrino in gioco altri principi inderogabili e come conciliarli, o disporli in una gerarchia. Elenchiamo quindi i principi che abbiamo individuato finora e i casi principali, per vedere se la loro combinazione produca o meno un divieto inappellabile all'eutanasia.

Principi:

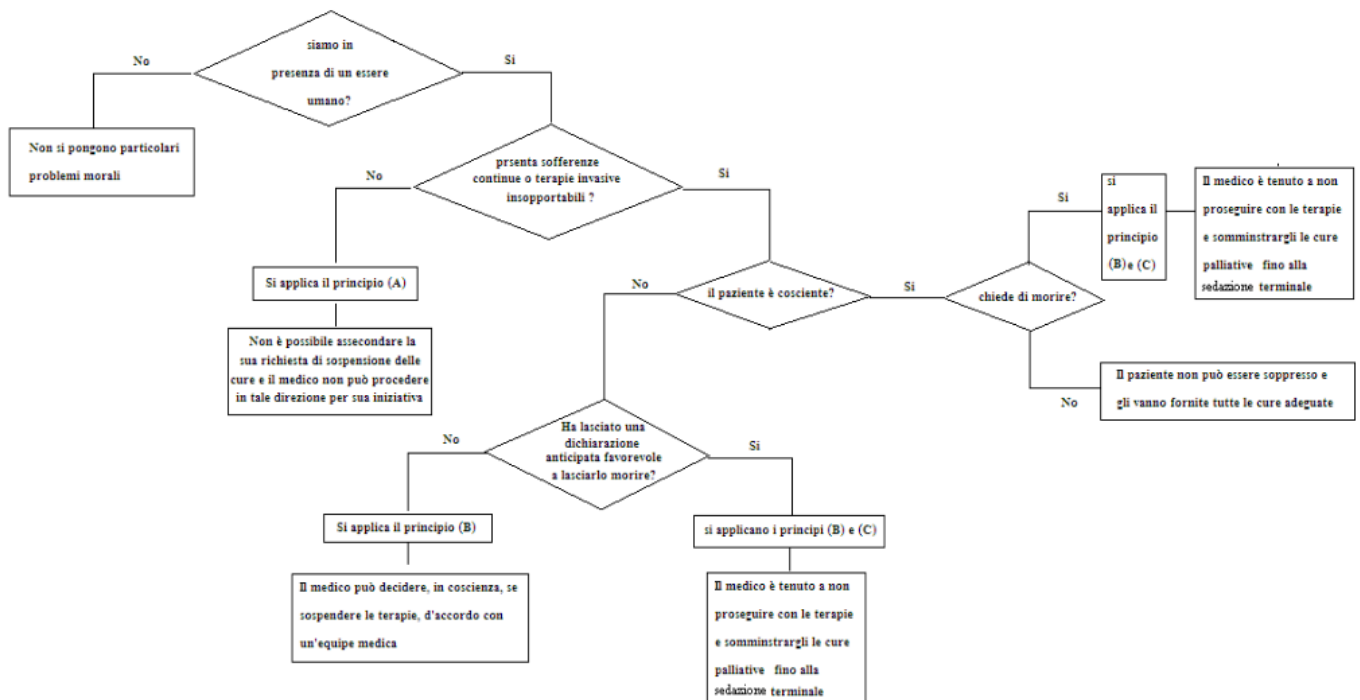
- A. L'essere umano è inviolabile, a lui si deve un rispetto assoluto che vieta di sopprimerlo (*principio dell'indisponibilità della vita*²⁵);
- B. Nessun essere umano esiste o è creato *solo* per soffrire – divieto della tortura (B.);
- C. L'essere umano può determinare quando le sofferenze fisiche continue rendano la sua vita insopportabile (*principio di autonomia*²⁶).

Casi:

1. paziente cosciente in fase terminale con sofferenze atroci che chiede di morire;
2. paziente cosciente in fase terminale con sofferenze atroci che non chiede di morire;

3. paziente non cosciente in fase terminale con sofferenze atroci con dichiarazione anticipata²⁷ che consente di lasciarlo morire;
4. paziente non cosciente in fase terminale con sofferenze atroci senza dichiarazione anticipata;
5. paziente cosciente sottoposto a terapie invasive che chiede di morire;
6. paziente cosciente sottoposto a terapie invasive che non chiede di morire;
7. feto malformato;
8. persona demente;
9. persona diversamente abile;

Ora, di fronte ad ogni caso dovremmo interrogarci seguendo lo *Schema 1*.



Dall'applicazione dello *Schema 1* risulta che:

Caso (1) : è lecita l'eutanasia volontaria passiva;

Caso (2): non è lecita l'eutanasia non-volontaria passiva;

Caso (3): è lecita l'eutanasia volontaria passiva;

Caso (4): è lecita l'eutanasia non-volontaria passiva;

Caso (5): è lecita l'eutanasia volontaria passiva;

Caso (6): non è lecita l'eutanasia non-volontaria passiva;

Caso (7): non è consentita l'eutanasia perché non sono presenti sofferenze atroci continue;

Caso (8): non è consentita l'eutanasia perché non sono presenti sofferenze atroci continue;

Caso (9): non è consentita l'eutanasia perché non sono presenti sofferenze atroci continue;

Finora, evidentemente, abbiamo parlato solo di eutanasia passiva. Vedremo in seguito se vi sono casi in cui è lecita anche quella attiva. Ciò che può sorprendere è il caso (4) nel quale viene giustificata l'eutanasia non-volontaria. A ben vedere, però, quel caso è singolarissimo ed effettivamente lasciar morire con adeguate cure palliative il paziente che si trova in quella situazione è già prassi comune, oltre che umanamente comprensibile.

La regola guida dell'etica combinatoria è che ci sono principi assoluti (non-conseguenzialistici) che vanno individuati, ma sono le situazioni concrete ad "attivarli", in tempi diversi rispetto allo schema d'azione; di fronte al conflitto tra due principi assoluti, sono sempre le condizioni concrete a creare la gerarchia tra essi, secondo un 'principio di

prossimità'. Per esempio, laddove vi sono dolori atroci, sembra essere più prossimo il principio (B₁) rispetto ad (A), che pur rimane valido. L'etica combinatoria – che qui presento comunque come un'ipotesi – si distanzia in buona misura dall'etica della situazione, innanzitutto perché ritiene di poter fissare: (i) dei principi universali, anche se spesso si tratta di trovare quelli “nascosti” – come (B₁) – che permettono di superare le aporie²⁸; (ii) delle regole di applicazione che siano prelieve, condivisibili e generali; (iii) una classificazione dei casi che possa ritenersi vincolante. Non è, quindi, un'etica che implica uno spontaneismo o un relativismo totale, né un affidamento generico alla saggezza del medico e del paziente. Questa saggezza è comunque iscritta in coordinate morali universali abbastanza specifiche e imperative. L'etica combinatoria cerca inoltre di riempire i “vuoti di pensiero” costituiti dagli stati d'eccezione i quali, se non rispondessero a un principio secondario ragionevole (anche se temporaneamente ignoto), risulterebbero inintelligibili e a-morali.

Questa ipotesi ha evidentemente delle ripercussioni sulla dottrina della legge morale naturale (Lmn d'ora in poi). Come sappiamo, questa dottrina sta alla base della dottrina morale cattolica²⁹, ma è assunta oggi anche da pensatori laici³⁰. Senza dilungarci nella descrizione dettagliata di questa dottrina – i cui capisaldi sono rintracciabili in modo sistematico nell'enciclica *Veritatis Splendor* – vorrei concentrarmi sulle conclusioni che ne vengono tratte in ordine alla tematica di questo contributo. Secondo una condivisa interpretazione della dottrina della Lmn, la ragione attesta che si danno degli oggetti dell'atto umano che contraddicono radicalmente il bene della persona. Sono gli atti denominati come *intrinsecamente cattivi*, nei quali un'intenzione buona può attenuarne la malizia, ma non sopprimerla³¹. Su queste basi, l'enciclica *Evangelium vitae* (1995) afferma che «l'uccisione diretta di un essere umano innocente è sempre gravemente immorale», cioè è un atto intrinsecamente malvagio³². L'eutanasia è quindi una «grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata e moralmente inaccettabile di una persona umana»³³.

La posizione del Magistero sull'eutanasia è comunque nota³⁴, così come le critiche che possono essere mosse alla dottrina della Lmn sono numerose e conosciute³⁵. Ad esempio, uno dei problemi della teoria della Lmn, Reichlin lo individua nell'incommensurabilità attribuita ai beni umani fondamentali. Si sottovaluta, cioè, la possibilità di situazioni nelle quali un bene entra in conflitto con un altro. La normatività dei beni umani è tale in riferimento alla normatività della persona umana e tuttavia, il rispetto per la persona non richiede di promuovere *sempre* tutti i beni umani fondamentali, ma è in alcuni casi compatibile con la loro violazione.

Se ciò è corretto, allora, neanche la teoria della Lmn dimostra l'intrinseca illiceità morale dell'eutanasia. A volte, infatti, il rispetto per la persona richiede il sacrificio di un bene fondamentale come la vita. Sulla scorta di questa critica, è scorretto porre l'eutanasia, in tutte le sue forme, tra gli atti intrinsecamente cattivi. Questo perché – per tornare all'ipotesi di un'etica combinatoria – la Lmn non è autoevidente e non è sempre del tutto chiaro come certi principi generali si concretizzino nelle scelte, poiché ciò richiede di volta in volta un'applicazione ponderata della razionalità e della coscienza³⁶ (la stessa dottrina cattolica affida questo compito attuativo alla virtù della prudenza)³⁷.

La definizione di ciò che è 'naturale per l'uomo', 'bene per la persona', inoltre, in certi ambiti può subire delle oscillazioni. Nuove interpretazioni della Scrittura (e la relativa antropologia) e nuove scoperte scientifiche possono alterare la definizione di 'naturale'. Questo progressivo svelamento, a sua volta, è dovuto al fatto che la nostra conoscenza della natura umana è progressiva³⁸ (pur potendo giungere, nel tempo, a individuare alcune caratteristiche universali). Sebbene, allora, non sia in discussione l'esistenza di una Lmn, resta problematica la definizione di ciò che è naturale e quindi la formulazione di leggi

particolari. L'uomo è in cammino verso la Lmn e deve aprirsi ad essa³⁹, fornendo di volta in volta delle argomentazioni convincenti per definire ciò che è naturale. Le nuove tecnologie mediche, come dicevamo in apertura, ne hanno reso necessario un approfondimento, dal momento che creano situazioni esistenziali prima impensabili. E proprio il principio (B) deriva da una considerazione su ciò che è naturale per l'uomo.

Lo stesso Tommaso sembra ipotizzare che certe azioni, pur essendo disordinate, possono diventare ordinate in certe circostanze⁴⁰. Queste azioni sono tali da presentare una struttura oggettiva disordinata in assenza di determinate circostanze, ma suscettibile di essere modificata in presenza di esse⁴¹. Il problema fondamentale, è che non sempre ci viene detto in base a quali criteri si possa stabilire il disordine e quando esso sia giustificabile in certe circostanze⁴². Così «si riscontra che un principio di carattere periferico, valido *ut in pluribus*, può risultare inapplicabile *in paucioribus*. Ma perché inapplicabile? Perché se lo si applicasse si violerebbe un principio fondamentale e immutabile»⁴³. Questa situazione può verificarsi anche tra principi fondamentali (non solo tra uno fondamentale e uno periferico). Questo fatto potrebbe ricollegarsi direttamente all'essenza stessa dell'impresa etica: «La ragione pratica si occupa di azioni umane, che non sono necessarie, ma contingenti. Certamente anch'essa si muove da principi comuni necessari; tuttavia, quanto più si discende alle realtà proprie, tanto più la contingenza dell'agire umano determina un difetto di necessità. [...] Dunque, sebbene i principi della ragion pratica rimangano immutabili e la loro rettitudine sia tale in tutte le circostanze, nelle conclusioni che il ragionamento morale deriva da tali principi è possibile l'eccezione. [...] I precetti che derivano dai primi [principi generali] come conclusioni possono subire eccezioni, che sono tanto più frequenti quanto più nell'enunciazione del precetto si specificano in modo determinato le circostanze»⁴⁴.

È evidente che questa impostazione *revisionista*⁴⁵ (che non è certo nuova, ma ben si integra con l'impostazione metodologica di questo contributo) crea dei problemi considerevoli. Innanzitutto resta da chiarire – se è davvero possibile farlo – fino a che punto si possano interpretare le circostanze in modo soggettivo. La mia ipotesi è che una discussione razionale sulle circostanze possa portare al riconoscimento condiviso di quelle (almeno la maggioranza) che consentono l'eccezione al principio generale. L'elenco di tali circostanze – e la conseguente modalità d'azione preferibile da compiere – è un buon argine a un eccessivo relativismo, che però consente un'adeguata flessibilità nell'applicazione del necessario (il principio generale) al contingente (il caso individuale). Ancora una volta, è Tommaso ad ispirarci l'idea di *prossimità*: «Alla legge naturale appartengono innanzitutto alcuni precetti estremamente generali, che sono noti a tutti, e poi alcuni precetti secondari più propri, che sono come conclusioni *prossime* ai principi»⁴⁶. Si tratta d'individuare il *bene possibile* nel circostanza contingente reale. Ma sono chiaramente delle ipotesi interpretative che necessitano di approfondimenti che in questa sede non è possibile effettuare.

Con la consapevolezza della precarietà di quanto esposto, dunque, i paragrafi che seguono cercano di mostrare le conseguenze di quest'impostazione. Con l'auspicio che l'ipotesi qui sostenuta sia vagliata (o confutata) da esperti capaci di superare le debolezze argomentative emerse. Inoltre, la posizione '*revisionista*', sin qui esposta, potrebbe essere considerata 'non-cattolica', nonostante la sua ragionevolezza. Dovremmo quindi spingerci a considerare problemi più ampi – come la fissità del Magistero, la sua infallibilità, la validità dei vari tipi di documenti che lo esprimono etc. – per una valutazione complessiva dell'ipotesi revisionista. In questa sede non è tuttavia possibile compiere questa operazione. Posta come ipotesi che sia compatibile con la dottrina morale cattolica, ad ogni modo, essa ci permette di avanzare con altre considerazioni.

4. Gli stati vegetativi permanenti

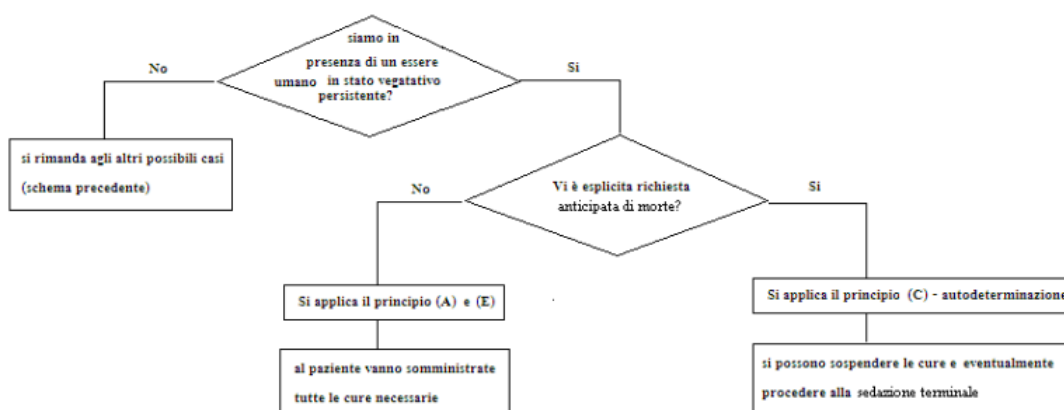
Una situazione che non rientra nelle casistiche esaminate, e che non trova soluzione attraverso l'applicazione dello schema combinatorio proposto fin qui, è quella degli stati vegetativi permanenti. Ora, se applicassimo lo *Schema 1* proposto in precedenza, dato che negli stati vegetativi non si riscontrano dolori fisici atroci, risulterebbe sempre vietata l'eutanasia. Tuttavia, c'è da chiedersi se essa non sia lecita qualora il paziente abbia fatto esplicita richiesta anticipata di sospensione di tutti i trattamenti. Una prima considerazione riguardo a queste situazioni è che, nonostante il quadro clinico sia sufficientemente noto⁴⁷, di esse sappiamo gran poco: sono difficili da definire, non si sa con certezza se vi sia la possibilità di un risveglio in tutti i casi, non si comprende fino a che punto il paziente possa soffrire o percepire la realtà, e così via. È doveroso precisare, infatti, che il giudizio di irreversibilità si fonda su parametri probabilistici e il giudizio sulla proporzionalità delle cure è particolarmente complesso e incerto⁴⁸. Proprio questa "ignoranza" dovrebbe portarci ad essere estremamente cauti, attuando in modo rigoroso:

(D) *Principio di precauzione*: qualora vi siano delle questioni scientificamente controverse, è ragionevole porre in essere una politica di condotta cautelativa per quanto riguarda le decisioni politiche, morali, economiche e sociali.

Nel caso specifico degli stati vegetativi, (D) può essere tradotto in:

(E) Qualora si presentano dei casi in cui non è possibile definire con sufficiente precisione scientifica lo *status* di un essere umano, per precauzione tale essere umano deve essere tutelato da qualsiasi azione che possa recargli danno.

Innanzitutto, quindi, va esclusa qualsiasi forma di eutanasia se non vi è l'esplicita richiesta da parte del paziente stesso. Se invece il paziente ha richiesto la sospensione delle cure, allora il principio di autodeterminazione (C), nella situazione d'incertezza scientifica, diventa preponderante rispetto a (A), (D) ed (E), perché la dichiarazione anticipata – ammesso che siano risolte le aporie connaturate alla sua formulazione, di cui abbiamo parlato – indica come comportarsi anche di fronte all'ignoranza di cui sopra⁴⁹ (in questi casi diventa fondamentale il parere del medico nello stabilire lo *status* del paziente). Lo schema adeguato potrebbe essere lo *Schema 2*.



5. Eutanasia attiva?

Come accennato, sembra giusto chiedersi se vi siano casi concreti in cui l'eutanasia attiva – es. sedazione terminale – diventi lecitamente praticabile. È indispensabile, quando si parla di eutanasia attiva, distinguere alcune situazioni: (a) sofferenze fisiche insopportabili in fase terminale; (b) sofferenze psicologiche gravi; (c) pesanti handicap; (d) cure invasive.

Il ragionamento non è qui molto diverso da quello fatto in precedenza. L'eutanasia attiva sembra sia applicabile solo al caso (a), l'unico sufficientemente oggettivamente e che non contraddice la violazione del principio (A), poiché ricade nel principio (B) e (B.).

In questi casi, infatti, non sembra valere il divieto categorico kantiano. Kant, dopo aver sostenuto che una massima può diventare legge universale solo se è generalizzabile, scrive:

Un tale che, a causa di una serie di mali cresciuta sino alla disperazione, sente il disgusto della vita, è ancora in possesso della sua ragione da potersi chiedere se non sia in effetti contrario al dovere verso se stessi togliersi la vita. Egli prova, allora, se la massima della sua azione potrebbe davvero diventare una legge universale di natura. Ma la sua massima è: elevo a principio, a partire dall'amore di me stesso, di abbreviarmi la vita quando essa *nella sua ulteriore durata minacci più mali di quanti godimenti prometta*. [...] Una natura la cui legge fosse quella di distruggere la vita per mezzo dello stesso sentire la cui destinazione è quella di spingere al suo promuovimento, contraddirebbe se stessa.⁵⁰

La frase in corsivo, però, non è la generalizzazione della massima. Correttamente generalizzata, la massima dovrebbe, infatti, suonare così: elevo a principio, a partire dall'amore di me stesso, di abbreviarmi la vita quando in essa *una serie di mali è cresciuta sino alla disperazione*. Se per 'mali' intendiamo delle sofferenze fisiche insopportabili in fase terminale, questa massima, a meno che non si voglia esaltare una specie di masochismo, è accettabile. Nei casi (b) e (c), al contrario, non è possibile chiedere alla società o al medico di aiutare a morire. L'argomentazione che propongo, in questo caso, non è stringente, ma credo sia abbastanza persuasiva. Nei casi (b) e (c) spesso non si verificano reali richieste di eutanasia. La richiesta di suicidio può essere, infatti, come sottolineano alcuni studi di psicologia⁵¹, una velata richiesta di vita, di una vita migliore. Come già in precedenza detto, su questa base, una società civile non può rinunciare alla convinzione che è possibile fornire per tali forme di disagio una vita migliore. L'eutanasia attiva, quindi, si configura come accettabile solo nel caso (a), sebbene sia necessario determinarne le forme. Per i casi (b) e (c), invece, nessuno è autorizzato a mettere in pratica pratiche eutanasiche.

Rimane da analizzare il caso (d). Quel che in questa situazione costituisce un problema è il fatto che, sospendendo le cure (il "lasciar morire"), si può giungere comunque ad una situazione in cui diventa necessaria la sedazione terminale (intervento attivo del medico). Dobbiamo a questo punto chiederci: la sedazione terminale è un atto di eutanasia attiva? In cosa si differenzia rispetto ad un'iniezione letale? Reichlin ritiene che vi sia una differenza tra l'*uccidere* e il *lasciar morire*. L'uccidere è, infatti, un atto di per sé negativo in quanto contraddice il principio (A), mentre il lasciar morire ha rilievo morale in base al contesto e al consenso del paziente. Reichlin propone, dunque, rispetto a Rachels – che proponeva il principio di equivalenza – una soluzione di compromesso, ritenendo la distinzione tra uccidere e lasciar morire «talvolta moralmente importante e talvolta no»⁵²; ciò significa che – mentre l'uccidere è sempre sbagliato – il lasciar morire può essere lecito in alcune circostanze.

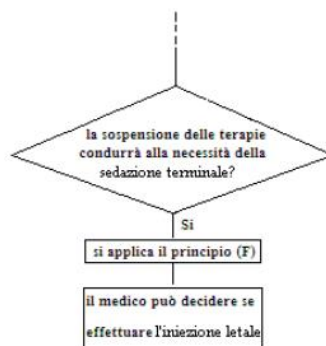
Riflettendo sul caso del paziente terminale con dolori atroci o cure invasive, il dubbio che sorge è se esistano casi in cui il lasciar morire coincida con l'uccidere. Reichlin sembra sostenere⁵³, infatti, che sia moralmente accettabile sospendere una cura e proseguire con le cure palliative fino alla sedazione terminale. Essa è considerata, dunque, come un aspetto del lasciar morire. Questa tesi, tuttavia, è difficilmente giustificabile; se seguiamo la più comune distinzione tra uccidere e lasciar morire troviamo che: *uccidere* = azione nella quale l'agente dà inizio ad un corso di eventi che porterà alla morte; *lasciar morire* = l'agente s'astiene dall'intervenire su un corso di eventi di cui egli non ha dato inizio e che, grazie alla sua astensione, porterà alla morte. Grazie a questa distinzione possiamo dire che l'interruzione dei trattamenti non è moralmente equivalente alla soppressione

intenzionale del paziente. Ora, è evidente che nella sedazione terminale l'agente dà inizio ad un corso di eventi che porterà alla morte. La sedazione terminale, quindi, rientra nell'ambito dell'uccidere. In questo contesto, si può lasciare da parte la questione del *duplice effetto*⁵⁴, poiché lo stesso Reichlin riconosce che la distinzione tra effetti intesi e previsti (che l'argomento del duplice effetto comprende) non giustifica la distinzione tra somministrazione piramidale di analgesici e uccisione diretta. Ciò significa che, nonostante nella sedazione la morte non sia voluta come fine primario dell'atto, la previsione certa della morte a causa della sedazione stessa la rende equivalente a un'azione volta alla morte medesima.

Se dunque riteniamo lecita in alcuni casi la sedazione terminale, dobbiamo accettare che in quei casi sia lecito uccidere. A questo punto, allora, si pone la questione: se sappiamo che sospendendo delle cure arriveremo alla sedazione terminale, non è conveniente per il paziente sottoporlo a un'iniezione letale, non costringendolo a una più lunga agonia? Se era lecito lasciarlo morire arrivando alla sedazione terminale, allora è lecito anche farlo morire con un'iniezione letale (in certe limitate condizioni). Non solo perché le conseguenze sono le stesse, come vorrebbe Rachels, ma perché le azioni a cui lo sottoponiamo (sedazione e iniezione) sono in questo caso moralmente equivalenti, dal momento che implicano l'azione diretta di un terzo – sebbene in tempi diversi – che porteranno alla morte del paziente. In entrambi i casi il medico è una 'condizione rilevante', ha un ruolo causale diretto. Il principio risulterebbe, quindi, il seguente:

(F) Nei casi in cui si ritiene lecita la sospensione delle terapie e – con buona certezza – si prevede di arrivare alla sedazione terminale, il lasciar morire coincide con l'uccidere e quest'ultimo può diventare moralmente lecito.

A questo si può aggiungere che, nonostante l'uccidere sia di per sé inaccettabile perché viola la dignità della persona, abbiamo visto che vi sono dei casi in cui anche il non-uccidere porta a tale violazione: è il caso in cui lasciare in vita il paziente in fase terminale significa lasciarlo in preda a dolori atroci, e quindi a una tortura. In questi limitatissimi casi, il 'non uccidere' potrebbe non essere il principio più vincolante. Allo *Schema 1*, quindi, si dovrà integrare, a seguito delle parti in cui ci si era fermati all'eutanasia passiva, lo *Schema 3*.



Volendo sempre procedere per casi dobbiamo dire che:

- Caso (1): è lecita l'eutanasia volontaria attiva;
- Caso (3): è lecita l'eutanasia volontaria attiva;
- Caso (4): è lecita l'eutanasia non-volontaria attiva;
- Caso (5): è lecita l'eutanasia volontaria attiva.

Tutti questi casi sono accomunati dalla presenza di dolori atroci in fase terminale o terapie invasive (quindi delle "torture"). In tutti gli altri casi l'eutanasia attiva è radicalmente vietata. È opportuno specificare che la richiesta del paziente di sospensione delle cure in caso di terapie invasive deve essere vagliata da un'equipe di medici, che deve codificare dei

criteri per definire una cura come 'invasiva'. E sappiamo quanto sia difficile fare ciò; non sono pochi, quindi, i dilemmi che restano aperti nel caso (5), nel quale, tra l'altro, si dovrebbe essere certi che la sospensione delle terapie condurrà a una fase terminale con dolori atroci. Nel caso di mancato assenso del paziente, invece, non è assolutamente possibile sospendere la terapia, se essa non costituisce un caso di accanimento (terapia invasiva di sostegno vitale).

Nel caso del paziente in stato vegetativo persistente che abbia fatto richiesta anticipata della sospensione delle cure, potrebbe essere lecita l'eutanasia attiva (iniezione letale o sedazione terminale) qualora il medico valuti che la sospensione delle terapie possa con buona probabilità portare lentamente il paziente a delle sofferenze acute.

Applicando il metodo descritto (con in mente le distinzioni terminologiche poste nell'introduzione) possiamo concludere che:

Eutanasia attiva volontaria diretta	Lecita in un caso
Eutanasia attiva volontaria indiretta	Lecita in alcuni casi (sedazione terminale)
Eutanasia attiva non-volontaria diretta	Lecita in un caso
Eutanasia attiva non-volontaria indiretta	Lecita in alcuni casi (sedazione)
Eutanasia attiva involontaria diretta	Mai lecita
Eutanasia attiva involontaria indiretta	Mai lecita
Eutanasia passiva volontaria diretta	Lecita in alcuni casi (es. sospensione terapie invasive)
Eutanasia passiva volontaria indiretta	Lecita in alcuni casi
Eutanasia passiva non-volontaria diretta	Lecita in alcuni casi (es. sospensione di cure al paziente terminale)
Eutanasia passiva non-volontaria indiretta	Lecita in alcuni casi (es. non somministraz. cure al paziente terminale)
Eutanasia passiva involontaria diretta	Mai lecita
Eutanasia passiva involontaria indiretta	Mai lecita
Distanasia	Mai lecita

Qualcuno potrà rimanere turbato da questa tabella, se la legge isolatamente dall'argomentazione dei paragrafi precedenti e della specificazione dei casi. Volendola rifiutare, è però indispensabile fornire un modello alternativo che prescinda dai *principi* via via elencati e dal *metodo* proposto per farli interagire.

6. L'aporia deontologica e possibile soluzione

Secondo l'approccio deontologico, analizzato da Reichlin, l'eutanasia contraddirebbe il senso della medicina e violerebbe l'integrità morale del professionista. Per Reichlin, però, pur essendo vero che l'introduzione del suicidio assistito comporterebbe un mutamento importante nella concezione dei fini della medicina, non si può negare a priori la possibilità di tale mutamento. Si tratta piuttosto di stabilire se sia auspicabile avere una pratica medica diversa da quella attuale. A ben vedere, l'aporia deontologica è tale se si

concepisce il medico esclusivamente come “difensore della vita”. Questa sembra essere, però, una lettura molto selettiva ed anche contraddittoria del ruolo del medico. Il medico ha il compito di difendere e promuovere il benessere *complessivo* della persona laddove è possibile. In questo senso, qualora si rendesse evidente che – in una fase terminale – il proseguimento della vita fisica della persona costituisse per ella una sofferenza insopportabile, il medico potrebbe essere autorizzato ad accogliere la richiesta di eutanasia.

Limitata a casi particolari, quindi, l'accoglienza della richiesta di eutanasia non comporta una rottura dell'alleanza terapeutica. Il paziente sa che l'affidamento al medico è opportuno, in quanto egli non può disporre del paziente a suo piacimento, ma può rispettarne il desiderio⁵⁵ qualora si presentino situazioni di vita terminale oggettivamente insostenibili: il medico farà ciò che è bene per il paziente, perché da lui richiesto e perché vincolato, si spera, da norme chiare.

7. L'aporia legislativa e possibile soluzione – Reichlin, Kamisar e D'Agostino

Quando si discute sulla possibilità di legalizzare di alcune forme di eutanasia – l'eutanasia è per sua natura un'azione con significato e rilievo sociale, poiché coinvolge persone terze – ci s'imbatte nel *piano inclinato*: pur accettando che vi siano delle forme di eutanasia lecite, esso pone il problema dello scivolamento verso quelle illecite in seguito alla legalizzazione, la quale comporterebbe un graduale adattamento psicologico in senso sempre più permissivistico. Reichlin ha prodotto una riflessione chiara sui limiti e i pregi di questa argomentazione⁵⁶ e la ritiene, soprattutto nella versione psicologica, un serio ostacolo alla legalizzazione.

Eppure questo argomento, se applicato a qualsiasi norma, diventa molto problematico e a volte inutilizzabile. Nessuno penserebbe, ad esempio, che il fatto che sia legale bere il vino porti progressivamente ad una società di alcolizzati. Ci sono molti modi per evitarlo! In realtà, ogni legge che consente una pratica comporta la possibilità di abusarne. Si tratta di istituire dei buoni sistemi di controllo e di promozione culturale. Tuttavia, se prendiamo seriamente il principio di precauzione e lo sommiamo al dato storico, che purtroppo c'insegna che l'uomo è in grado di oltrepassare ogni limite di disumanità in forza di ideologie di ogni tipo, le preoccupazioni dei sostenitori del 'piano inclinato' risultano pertinenti e assai deterrenti per la legalizzazione di pratiche eutanasiche.

All'inverso, ci ricorda Reichlin, si possono portare prove storiche e antropologiche che mostrano la capacità di limitare gli effetti di un'eccezione alle regole, senza causare il crollo dell'intero codice morale. Ma a suon di “prove storiche” non potremo risolvere la questione, né in un senso né in un altro. Anzi, l'esistenza di controverse prove storiche, mostra come la teoria del pendio scivoloso si basi – di fondo – su una possibilità futura *probabile* ma non *necessaria*, e quindi sia piuttosto debole dal punto di vista strettamente logico. Ecco allora che, ancora una volta, l'eutanasia si presenta come aporetica. Da un lato si riconosce la necessità di accordarla a certe categorie di persone (malati terminali con sofferenze acute) e, dall'altra, si ha la piena consapevolezza che la sua introduzione risulta essere potenzialmente pericolosa.

Reichlin, infatti, valutando proprio le considerazioni fatte dai sostenitori del piano inclinato, ritiene che l'alternativa reale è quella tra l'attuale *status quo* (nel quale alcuni non possono porre fine alle proprie sofferenze) e una situazione nella quale siano praticate, a un tempo, l'eutanasia volontaria e quella non-volontaria (con la conseguenza che un certo numero di individui, che non hanno chiesto l'eutanasia, vengano ugualmente uccisi).

Non possiamo arrenderci all'idea che vi siano solo queste due alternative, che suonano come stati d'eccezione a-razionali.

Ancor più problematico è il dilemma sollevato da Kamisar, che Reichlin riporta nel suo testo, il quale insinua che l'eutanasia legalizzata costituirebbe un fattore di inquinamento nella libera decisione. Dare ai pazienti la possibilità di scegliere la morte significa, per ciò stesso, obbligarli a giustificare il prolungamento della propria esistenza. Mentre prima l'esistenza del paziente è considerata un dato di fatto, offrirgli formalmente l'opzione dell'eutanasia farà sì che la sua esistenza, da quel momento in poi, venga considerata come una sua decisione. Imporre a un individuo malato e in condizioni di dipendenza l'onere di giustificare la propria esistenza non significa certo beneficiarlo; piuttosto, può rendergli la vita insopportabile e perciò privarlo di ogni giustificazione a continuarla. L'introduzione del diritto di morire costituirebbe un danno per i pazienti, perché fornirebbe loro una ragione per morire che prima non avevano.

Infine, D'Agostino – noto esponente della cultura cattolica – ritiene che: «I problemi eutanasi sono sempre problemi *estremi*; ma [...] la legge esiste per governare e regolare situazioni ordinarie, non situazioni di eccezione. E le situazioni eutanasiche sono sempre situazioni di eccezione, perché ciascuna è dotata di un profilo individuale, irripetibile»⁵⁷. Egli conclude, dunque, che «non è di una legge che abbiamo bisogno». E aggiunge: «Il vero problema [...] è se possa mai esistere una legge ordinaria dello Stato, con tutte le caratteristiche tipiche delle leggi – la generalità, l'astrattezza, il formalismo, il carattere inevitabilmente burocratico – in grado di gestire situazioni estreme e ambigue come questa. La mia preoccupazione è che qualsiasi legge eutanastica, anche se motivata dalle migliori intenzioni, burocratizzi il processo del morire [...] sottragga la morte umana a quel carattere di tragica eccezionalità [...]. E ancor più che attivi una vera e propria deformazione delle coscienze, attivando una frattura tra le *parole* della legge e la sua *applicazione reale*»⁵⁸.

Le preoccupazioni e i problemi sollevati da D'Agostino sono pertinenti, e tuttavia si può trovare una soluzione intermedia tra la proposta di D'Agostino (che lascerebbe un vuoto normativo) e quella di una legislazione minuziosa (in senso proibitivo o permissivo). Nonostante risulti problematico legiferare su uno 'stato d'eccezione', vi è modo, almeno, di decidere per via legislativa chi è chiamato a decidere sullo stato d'eccezione e i criteri minimi di razionalità delle scelte. E può essere proprio questo il compito di una legge sull'eutanasia. 'Non serve una legge' è argomentazione molto diffusa, ma è anche vero che bisogna creare una casistica minima in cui il medico non sia penalmente perseguibile. Una legge sull'eutanasia, quindi, dovrà innanzitutto fissare i principi generali, che abbiamo individuato, in modo da normare quelle che D'Agostino definisce 'situazioni ordinarie'. Fissati i criteri generali, si devono definire le condizioni in cui possono verificarsi degli stati d'eccezione. In una fase terminale dobbiamo riscontrare: 1. Presenza di gravi, persistenti, insopportabili e irreversibili sofferenze fisiche in fase terminale; 2. Presenza di terapie estremamente invasive; 3. Stati vegetativi permanenti.

Dopodiché, e veniamo ad un punto lasciato a lungo in sospeso, la legge dovrebbe prevedere l'istituzione di un'*équipe di medici*, la quale, in coordinazione con il medico che ha seguito il paziente e tenendo conto della volontà del paziente stesso (se espressa o esprimibile), dei familiari, o del fiduciario, dovrà decidere quando si verifichino effettivamente le tre condizioni elencate. Come già sostenuto da Giantin, «credo sia importante ricordare che ogni decisione clinica a fine vita va personalizzata dopo un'attenta valutazione del caso, in quanto [...] può presentare aspetti di per sé inediti»⁵⁹. L'*équipe* può essere nazionale, o regionale, o addirittura distrettuale.

Perché è necessaria un'*équipe* di questo tipo, che costituirebbe un'"alternativa" alla magistratura esistente? La sua necessità è dovuta a tre esigenze primarie: (a) non

sovraccaricare la già macchinosa giustizia italiana; (b) garantire tempi più rapidi nelle decisioni; (c) garantire una maggiore competenza in ambito medico. In pratica, quindi, perché un atto di eutanasia sia lecito, si deve tener conto anche: (I) del parere del paziente (se è possibile); (II) del parere dei familiari (se manca quello del paziente); (III) del parere del medico; (IV) del parere di un'equipe medica creata appositamente per giudicare i vari casi.

Naturalmente ogni caso avrà un'urgenza diversa di fronte all'equipe e, anche in base al tipo d'urgenza, avrà tempi di indagine differenti. Ma questi sono dettagli tecnici su cui non è il caso di dilungarci. Ciò che conta è che una legislazione di questo tipo fissi alcuni principi chiave e istituisca le figure idonee a decidere sulla presenza di certi casi d'eccezione. È una buona soluzione, un esempio di *soft law*. Certo, legalizzare l'eutanasia non costituisce una politica socialmente neutrale, bensì implica un giudizio sostantivo: significa sostenere che vi sia una sofferenza priva di senso (quella in fase terminale) e che il giudizio su quando la soglia venga raggiunta vada demandato al singolo paziente e al suo medico. Tuttavia, con l'introduzione dell'equipe medica, si è aggiunto un elemento d'imparzialità sufficiente.

Riguardo alla preoccupazione che una legge possa portare all'indebolimento dell'impegno a fornire cure adeguate ai morenti, per evitare questa conseguenza nefasta, la legge dovrà prevedere che, prima di applicare l'eutanasia al paziente, siano state offerte le cure adeguate, ed egli deve averne fatto esplicito rifiuto.

Rimane in sospeso l'argomento di Kamisar. Tuttavia, la limitazione dei casi in cui l'eutanasia è lecita, consente di limitare molto i danni. Se si ritiene *realmente valido* il principio (A), in teoria *nessuno* dovrebbe sentire la necessità di giustificare la propria esistenza. Se mai una giustificazione sia richiesta, lo è solo in quei limitatissimi casi in cui ho indicato l'eutanasia come lecita. Sono tuttavia casi estremi, in cui la vita è pervasa dal dolore o da terapie invasive. Il paziente, in tali situazioni, non pensa alla giustificazione della sua esistenza. Anche questa, però, è una considerazione molto pratica e forse richiederebbe una difesa più puntuale.

8. L'aporia religiosa: alcune suggestioni, in chiusura

Prima di concludere, possiamo cogliere alcune suggestioni, scovare un'altra piccola aporia, a partire dall'analisi del termine *eutanasia*. Come può essere 'buona' una cosa che si ritiene 'cattiva', la morte? La morte nella cultura occidentale, plasmata dal cristianesimo, è stata considerata e personificata nella nemica – anche se con fasi e interpretazioni differenti⁶⁰ – il male radicale che troverà vittoria grazie a Cristo. In tale visione, la morte può essere considerata buona solo quando è un 'male minore' rispetto ad uno maggiore. Eppure, nell'eutanasia ciò che è ricercato non è mai la morte per se stessa. Non vi è mai un'intenzione diretta alla morte come tale. Non si pone mai fine a una vita *per la morte*, ma casomai si dona la morte perché la persona passi *a miglior vita*. Ecco allora che, come sottolinea Da Re, «i problemi bioetici, anche quelli più spinosi, per essere adeguatamente istituiti devono essere preceduti da un'interrogazione sul senso della morte e del morire (che è poi un'interrogazione sul senso della vita), sul senso del dolore e della sofferenza, sul significato dell'accompagnamento e della cura del morente»⁶¹. Per esempio, è necessario chiedersi se il permanere in una situazione di acuta sofferenza nell'ultima fase della vita, sia il solo modo sensato di rivalutare il dolore come imitazione delle sofferenze di Cristo⁶².

Dal punto di vista cristiano, la prospettiva della morte come 'passaggio a miglior vita' ha un peso rilevante. Anzi, proprio il prolungamento esasperato nella sofferenza di una vita prossima alla fine, può essere paragonato ad un atto idolatrico. Poiché sta alla base del cristianesimo, ed è comune ai grandi santi, la sensazione che ad un certo punto la vita sia compiuta e sia giunto il momento di “passare” nell'abbraccio di Dio⁶³. Un abbraccio che in

alcuni casi è quasi invocato, un passaggio sostenuto dalla speranza nella vita eterna⁶⁴, un sonno da cui ci risveglieremo⁶⁵. La 'buona morte' è un 'buon passaggio'⁶⁶. La morte non sarebbe più vista come un fine, ma solo come un mezzo, come *attraversamento* da una vita all'altra. La morte come passaggio diventa un atto "normale", forse dovuto, l'espressione della consapevolezza cristiana che la morte non è la parola definitiva⁶⁷.

L'unica morte temuta da un cristiano è la seconda morte, quella dell'anima, che coincide con la dannazione eterna. La morte biologica, infatti, sarà sconfitta nella resurrezione. Resta tuttavia la difficoltà di ri-tradurre questa convinzione cristiana in una pastorale efficace⁶⁸, in un insieme condiviso di simbologie e ritualità che possano «risignificare la morte (e la vita)»⁶⁹, costruire un'*ars moriendi* che sia integrata con l'*ars vivendi*; uscita dall'illusione d'eternità, la società dovrebbe cercare di costruire un orizzonte nel quale, di fronte all'inguaribile, il dare la morte (e accompagnare negli ultimi istanti) possa rientrare – in casi limitatissimi – nel difficile compito del *prendersi cura*, assumendo il paradosso che il malato va a morire, ma senza dimenticare «che resterà vivente fino alla fine»⁷⁰.

Bibliografia

























- Allievi, S. (2014), "La morte declinata al plurale. Tra rimozione ed emozione: smascherare i tabù per ritrovare un senso", *Studia Patavina*, 61, pp. 293-313.
- Angelini, G. (2007), "La legge naturale", *Il Regno-Attualità*, 6, pp. 197-203.
- Arduini, C. (2009), *La razionalità dell'agire del medico e il ruolo delle virtù*, Padova: Messaggero.
- Bompiani, A. (2008), *Dichiarazioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, Bologna: Dehoniane.
- Brogliato, B. and Migliorini, D. (2014), *L'amore omosessuale. Saggi di psicoanalisi, teologia e pastorale*, Assisi: Cittadella.
- Brusco, A. (2014), *La preparazione alla morte, l'accompagnamento pastorale del morente, l'elaborazione del lutto*, *Studia Patavina*, 61, pp. 329-344.
- Comitato Nazionale di Bioetica (2003), *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Comitato Nazionale di Bioetica (2008), *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Commissione Teologica Internazionale (2009), "Legge naturale ed etica universale", *Il Regno-Documenti*, 17, pp. 525-552.
- Constant, B.H. (1996), "Sulle reazioni politiche", tr. it. in Kant, I. and Constant B.H., *La verità e la menzogna. Dialogo sulla fondazione morale della politica*, Milano: Mondadori, pp. 202-214.
- D'Agostino, F. (2002), "Non è di una legge che abbiamo bisogno", in Noriega, J. and Pietro M.L. (eds.), *Né accanimento né eutanasia*, Roma: Lateran University Press, pp. 105-114.
- Da Re, A. (2014), *La morte e il morire: oltre il paradigma della rimozione*, *Studia Patavina*, 61, pp. 283-289.
- Danisi, C. (online), "Divieto e definizione di tortura nella normativa internazionale dei diritti dell'uomo", *Diritto.it* (online ed.).
- Dianin, G. (2010), "Il ritorno della dottrina della legge morale naturale", *Studia Patavina*, 57, pp. 751-801.
- Emanuel, E. (1999), "What Is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?", *Ethics*, 109, pp. 629-642.
- Finnis, J. (1996), *Legge naturale e diritti naturali*, Torino: Giappichelli.
- Finnis, J. (2016), "Natural Law Theories", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (online ed.).
- Giantin, V. (2014), "Il morire: la prospettiva medica", *Studia Patavina*, 61, pp. 345-362.
- Giovanni Paolo II (1968), *Evangelium vitae*, *Acta Apostolicae Sedis*, 60, nn. 481-503.
- Giovanni Paolo II (1993), *Veritatis Splendor*, *Enchiridion Vaticanum*, 13, nn. 2532-2829.
- Jackson, E. and Keown, J. (2012), *Debating Euthanasia*, Oxford: Hart Publishing.


- Kant, I. (2003), *Fondazione della metafisica dei costumi*, Milano: Bompiani.
- Küng, H. (2015), *Morire felici? Lasciare la vita senza paura*, Milano: Rizzoli.
- Küng, H. and Jens, W. (1996), *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Milano: Rizzoli.
- Lack, P. and Biller-Andorno, N. and Brauer, S. (eds.) (2014), *Advance Directives*, Dordrecht: Springer.
- Le Breton, D. (2007), *Torture*, in M. Marzano, *Dictionnaire du corps*, Parigi: PUF, pp. 929-933.
- Marin, F. (2014), "Vita, salute e autonomia: alcuni aspetti problematici nel dibattito bioetico sul fine vita", *Studia Patavina*, 61, pp. 315-328.
- McIntyre, A. (2014), "Doctrine of Double Effect", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (online ed.).
- Migliorini, D. (2016), "Lineamenti di cristeologia. «Fede critica» e umiltà epistemica: il rapporto ragione-fede al confine tra meta-teologia, metodologia e vita", *TheoLogica. International Journal for Philosophy of Religion and Philosophical Theology*, (online ed.).
- Murphy, M. (2011), "The natural law tradition in ethics", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (online ed.).
- Palmaro, M. (2012), *Eutanasia: diritto o delitto? Il conflitto tra i principi di autonomia e di indisponibilità della vita umana*, Torino: Giappichelli.
- Pompili, M. (2008), "La vita e la morte nella realizzazione del suicidio", in Tatarelli, R. and Pompili M., *Il suicidio e la sua prevenzione*, Roma: Fioriti, pp. 13-36.
- Proietti, R. (2002), "Stato Vegetativo Permanente e morte cerebrale: aspetti medici", in Noriega, J. and Pietro, M.L. (eds.), *Né accanimento né eutanasia*, Roma: Lateran University Press, pp. 47-55.
- Rachels, J. (2007), *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia*, Casale Monferrato: Sonda.
- Reichlin, M. (2002), *L'etica e la buona morte*, Torino: Edizioni di Comunità.
- Scaglione, D. (2000), "Tortura", *Treccani.it* (online ed.).
- Sgreccia, E. (1986), *Manuale di Bioetica*, Milano: Vita e Pensiero.
- Toniolo, A. (2012), "Nascere e morire: da enigma a mistero", *Credere Oggi*, 189, 61-71.
- Trione, F. (online), "La tortura nel diritto internazionale", *Centrodირittiumani.unina.it* (online ed.).
- Vendemiati, A. (2011), *San Tommaso e la legge naturale*, Roma: Urbaniana University Press.
- Veronesi, U. and Reale, G. (2013), *Responsabilità della vita. Un confronto fra un credente e un non credente*, Milano: Bompiani.
- Vitagliano, F. (2012), "Il reato di tortura e l'ordinamento italiano", *Altrodiritto. unifi.it*, (online ed.).
- Voltan, G. (2012), "Francesco d'Assisi, la morte, il morire", *Credere Oggi*, 189, 124-135.
- Weber, H. (1996), *Teologia morale generale*, Cinisello Balsamo: San Paolo.
- Welzel, H. (1993), *La dottrina giusnaturalistica di Samuel Pufendorf. Un contributo alla storia dei secoli XVII e XVIII*, trad. it. a cura di V. Fiorillo, Torino: Giappichelli.
- Woodward, P. (2001), *The Doctrine of Double Effect*, Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Young, R. (2015), "Voluntary Euthanasia", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (online ed.).

























Copyright © 2017 [Damiano Migliorini](#)





















Damiano Migliorini. «Eutanasia: dalle aporie al metodo pragmatico dell'etica combinatoria». *Dialegesthai. Rivista telematica di filosofia* [in linea], anno 19 (2017) [inserito il 30 dicembre 2017], disponibile su World Wide Web: <<http://mondodomani.org/dialegesthai/>>, [86 KB], ISSN 1128-5478.

Note

1. Reichlin, 2002, pp. 58-61. 
2. Cf. Küng, 2015, p. 15. 
3. Cf. Allievi, 2014. 
4. La critica classica di cadere nella *fallacia naturalistica*, per esempio, è oggi ritenuta inconsistente dai sostenitori della Lmn (cf. Vendemiati, 2011, 17-65 e soprattutto 226-227). 
5. Cf. Toniolo 2012. 
6. Rachels, 2007. 
7. Reichlin, 2002. 
8. Reichlin, 2002, p. 184. 
9. Sgreccia, 1986, pp. 48-9. 
10. Sgreccia, 1986, p. 89. 
11. Sgreccia, 1986, p. 90. 
12. Sgreccia, 1986, pp. 93-5. 
13. Sulle problematiche e le contraddizioni prodotte dalla riflessione etica cristiana sul suicidio si veda Reichlin, 2002, pp. 20-28. 
14. Reichlin, 2002, p. 194. 
15. Reichlin, 2002, p. 217. 
16. Reichlin, 2002, p. 103. 
17. Reichlin, 2002, pp. 105-6. 
18. Il dolore insopportabile è una delle cinque condizioni individuate per poter richiedere l'eutanasia (Young, 2015). Sarebbe indispensabile definire se le cure palliative sono in grado di sopperire a queste situazioni (cf. Jackson and Keown, 2012). Cf. Emanuel, 1999. 
19. Giovanni Paolo II, 1993, n. 80. 
20. Una posizione che rifiuta un relativismo radicale, ma nella consapevolezza dell'umiltà epistemica con cui il nostro ragionare – anche etico – deve procedere (Migliorini, 2016). 
21. Comitato Nazionale di Bioetica, 2008, nn. 7 e 11. Secondo Helga Kuhse: «Il giudizio di straordinarietà nasconde un giudizio sulla qualità della vita che l'adozione del trattamento in questione consentirebbe di mantenere» (in Reichlin, 2002, p. 98). 
22. Come già anticipato, questo contributo necessita di integrazioni su alcune tematiche qui solo accennate (cf. Lack and Biller-Andorno, 2014). Un loro elenco, corredato da alcune risposte ragionevoli è proposto in: Comitato Nazionale di Bioetica, 2003); cf. Bompiani, 2008. 
23. «In sintesi, il CNB ritiene che le dichiarazioni anticipate siano legittime, abbiano cioè valore bioetico, solo quando rispettino i seguenti criteri generali: A. Abbiano carattere pubblico [...]; B. Non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche [...]; C. Si auspica che siano compilate con l'assistenza di un medico, che può controfirmarle; D. Siano tali da garantire la massima personalizzazione della volontà del futuro paziente [...]» (Comitato Nazionale di Bioetica, 2008). 
24. Senza pretendere l'esaustività: cf. Le Breton 2007; Scaglione 2000; Vitagliano 2012; Danisi e Trione (online ed.). 
25. Naturalmente, non è un principio che si pone come autoevidente (Palmaro 2012); nel contributo viene accettato come principio astratto in grado di creare un punto d'incontro

con la dottrina cattolica, ma allo stesso tempo, nei paragrafi precedenti, abbiamo visto come questo principio consenta – attraverso altri principi – di essere applicato in modo non dogmatico a certe situazioni. 

26. Come il principio (A) e (B), anche il *principio di autonomia* è un principio universale che, tuttavia, si applica in modo combinatorio, valutando le situazioni e la priorità di altri principi (cf. Marin, 2014). 
27. Cf. note 19, 20, 21. 
28. «Quando si dice che i principi generali sono inapplicabili alle circostanze, si dice semplicemente che non si è scoperto il principio intermedio richiesto dalla combinazione particolare di cui ci si occupa. [...] Quando si dice che vi è una qualunque circostanza che ci costringe a deviare dai principi non ci si capisce. Ogni circostanza richiama solo il principio che le è proprio» (Constant, 1996, 202-214). 
29. Cf. Giovanni Paolo II, 1993. 
30. Tra gli esponenti della *New Thoery of Natural Law* il più noto è: Finnis, 1996. 
31. Giovanni Paolo II, 1993, nn. 80-1. 
32. Giovanni Paolo II, 1968, n. 57. 
33. Giovanni Paolo II, 1968, n. 65. 
34. Per un elenco degli assunti fondamentali: cf. Sgreccia, 1986, pp. 472-485. 
35. Per una critica puntuale: Salzman, 2008, pp. 48-92. Per una visione d'insieme: Finnis, 2014; Per il problema teoretico del *derivazionismo*: Murphy, 2011; con un taglio storico: Welzel, 1993. 
36. Per una discussione analitica del concetto di Lmn cf. Brogliato and Migliorini, 2014, pp. 223-255. 
37. Cf. Arduini, 2009. 
38. Cf. Vendemiati, 2011, p. 190 e 314: «Nella misura in cui la natura dell'uomo è mutevole, la legge morale che concerne il suo comportamento è anch'essa mutevole, anche se vi sono evidentemente dei limiti a questa mutabilità (p. 339); sviluppa questa posizione, in particolare: Salzman, 2008. 
39. Cf. Commissione Teologica Internazionale, 2009; Angelini, 2007; 6; Weber, 1996, pp. 101-128; Dianin, 2010. 
40. Vendemiati, 2011, p. 166. 
41. Vendemiati, 2011, p. 166. In queste azioni, determinate circostanze giungono a modificare la *specie stessa* dell'azione (*ibid.*). 
42. Vendemiati, 2011, p. 167. 
43. Vendemiati, 2011, p. 202. 
44. Vendemiati, 2011, p. 295. 
45. Espressione di Salzman, 2008, p. 93. 
46. *STh.*, I-II, q. 94, a. 6, c. 
47. Proietti, 2002, pp. 47-55. 
48. Proietti, 2002, pp. 54-5. 
49. Anche il tema della vincolatività delle dichiarazioni è al centro di animate discussioni. Non sempre, infatti, le dichiarazioni anticipate riescono a dare indicazioni davvero esaustive e vincolanti al medico. Per una panoramica delle problematiche sul carattere (assolutamente) vincolante o (meramente) orientativo delle dichiarazioni cf. Comitato Nazionale di Bioetica, 2008. 

50. Kant, 2003, pp. 125-7. 
51. Pompili, 2008. 
52. Reichlin, 2002, p. 77. 
53. Come anche il CNB: «L'eventuale anticipazione della morte dovuta al ricorso a trattamenti analgesici e sedativi, se non voluta né colposamente cagionata, va valutata quale conseguenza di una condotta pienamente lecita e conforme ai doveri professionali del medico» (Comitato Nazionale di Bioetica, 2008). 
54. Cf. Woodward, 2014. 
55. Cf. nota 21: lo strumento delle dichiarazioni anticipate apre un'altra grande problematica – che qui accenno solo per completezza – riguardante il conflitto tra due autonomie: quella del paziente (che ha il diritto all'autodeterminazione), e quella del medico (che ha il diritto all'obiezione di coscienza). 
56. Reichlin, 2002, pp. 164-180. 
57. D'Agostino, 2002, p. 106. 
58. D'Agostino, 2002, p. 114. 
59. Giantin, 2014, p. 361. 
60. Le quattro fasi descritte in Allievi, 2014, pp. 294-6. 
61. Da Re, 2014, p. 288. 
62. Küng, 2015, p. 45. 
63. Cf. Voltan 2012. 
64. «Morire felici non significa morire senza malinconia né dolore, bensì andarsene consensualmente accompagnati da una profonda soddisfazione e dalla pace interiore. [...] Questo atteggiamento si fonda in ultima analisi sulla speranza di una vita eterna che è il compimento definitivo dell'esistenza in un'altra dimensione [...]. È questa la mia idea del morire felici, che trae ispirazione dalla Bibbia» (Küng, 2015, p. 13). 
65. Cf.: 2Mac 12,45; Gv 11,11. 
66. Anche san Tommaso Moro riteneva l'eutanasia lecita in alcuni casi (Reichlin, 2002, p. 29). 
67. Cf. Küng and Jens, 1996; Veronesi and Reale, 2013. 
68. Brusco, 2014. 
69. Da Re, 2014, p. 286. 
70. Allievi, 2014, p. 304. 